

リスクと社会学

—— 感情的コンフリクトに関する一考察 ——

菅 原 好 秀

一 は じ め に

民事訴訟の紛争解決方法は、不法行為訴訟に典型的に見られるように、利益侵害の要因となる事実認定を特定し、有責な加害者にその侵害によって生じた損害を金銭で回復させるという損害回復モデルが通常である。例えば、「故意又は過失によって他人の権利又は法律上保護される利益を侵害した者は、これにより生じた損害を賠償する責任を負う」という民法第709条の条文において、法的三段論法では、「他人の権利を侵害した者は損害賠償責任を負う」という法文、「被告Aが他人の権利を侵害した」という事実、「ゆえに、被告Aは損害賠償責任を負う」という判決、となる。法的三段論法においては、帰結たる命法は法文を基礎とした演繹によって必然的に導出されたものである。そのため、事実認定が正しかったとすれば、根拠となった法文の規範性が継承され、個別の命法が規範性を持つということを正当化できるのである。

ここでの裁判の過程では、予め法によって定義された問題のみが扱われ、その判断にとって重要な事実のみが注目され、金銭賠償という法的賠償責任を確定させ負わせることを目的としている。医療裁判においても訴えられた被告の医師や担当弁護士、被害者から依頼された弁護士、そして裁判官も民事訴訟においては、金銭賠償による解決を第一の目的としている。

しかし、金銭賠償以外のあらゆる責任が、そこでは埒外とされ、患者の求める「真相究明」「誠実な対応」や「謝罪」といった日常的道德感覚に即した問題は、基本的には、扱われず、あくまでも法的賠償責任のみが確定されるのみであり、感情的コンフリクトを解消するような責任負担は問題とされていないのである。

近年急増している医療事故の紛争において、高度化された専門医療や医師のあり方についての不安や不満、不信感をもつれ合うことで、具体的侵害の程度を超えて紛争を深刻化させている傾向がある。

医療事故においては、遺族側が金銭賠償を本来の目的としない注目すべき医療裁判がある。当時17歳のMが医療過誤によって死亡した事案において、原告側が弁護士を解任して、本人訴訟で勝訴した「医療過誤訴訟」¹⁾である。この裁判では、注目すべき点は、原告側の訴訟の目的は、表面的な金銭賠償請求ではなく、医師側からの事実経過を説明する場の保証と過誤原因の究明とそれに基づく謝罪である点である。

原告にとっての訴えの目的が、例えば次のような言葉として語られている²⁾。

- ① 「私共が訴えたのはよくよくの事だと理解してください。この裁判を通じて、第二、第三の犠牲者を二度と出さないため安易な妥協をせず、徹底的に本件過誤を追求してもらうつもりでいますし、それが世のため人のためになればと思っています」(陳述書その四)
- ② 「助けてもらえると信じていたのに、若い命を医療過誤によって救命してもらえることができず、さぞ本人は無念だったと思うんです。なぜあの子は死ななければならなかったのか、私は真実が知りたくて提訴しておりますが……」(丁主治医への証人尋問)。
- ③ 「親の気持ちといたしましては、子供に先立たれて、しかも救命の可能性があり、ほかの病院では助かっていた事案ですので、これは経験したものでない和理解できません、してもらえないと思います。また子どもの命をお金に算定するということは心苦しいことですし、Mがほんとに可能性を秘めた17歳の若さでいったということと、ミスによって死に至るまでのMの悔しさ、そういうものを思いますと地球より重い人の命といわれますが、ほんとにこれは値で勘定できるものではないと思っています」(原告本人尋問・母)。
- ④ 「私共は判決を希望していますし、その理由は、最初にも陳述しているとおり、私共から事実経過を説明する場を保証してほしいし、過誤原因の究明とそれに基づく謝罪であって、表面的な金銭的賠償だけでは済ませたくないからです」(原告陳述書その四)

この点、原告側弁護士は、「やはり、紛争は早期に解決された方が客観的な利益に合致するだろうと考えてるんですね。早期に解決して、しかもその中身として、民事裁判というのは勝ち取れるものというのは金銭賠償しかないわけですから、できるだけ原告の負担を、いろんな意味で、精神的にも物質的にも、少しの負担の上で、短い時期に最大限の賠償額を勝ち取ることが客観的な利益だろうと」³⁾と主張した。

この事案では、原告側が金銭賠償を目的とした弁護士を解任した。そして表面的な金銭賠償請求ではなく、医師側からの事実経過を説明する場の保証と過誤原因の究明とそれに基づく謝罪そして、同事案の医療事故防止を求めたのである。

このように不可避的なリスクの伴う医療行為の事故の訴訟目的としては、損害を金銭で回復させるという損害回復モデルという従来の伝統的司法制度に依拠したシステムから、「誠実な対応」や「謝罪」「真相究明」という行為者の感情的次元、そして「同事案の医療事故防止」まで含んだ当事者のニーズに応答的かつ機能的な医療事故紛争解決システムを構築し、感情的コンフリクトを解消することが現在求められているのである。

そこで本稿では、従来の医療裁判を通じて法的空間のみで患者と医師が対決する紛争解決方法ではなく、紛争当事者の生活空間まで則した「患者の感情までの手当を含む対話方法」「法的責任や金銭賠償を超えた新たな医療事故紛争解決システム」について、リスクと社会学の視点から検討するものである。

二 現代社会の医療行為とリスクに関する社会的分析

1 リスク概念

現代社会の医療行為は、その対象たる個々の患者の身体やその状態を予測不能な固有の特性という極めて不確定な状況の中で医療行為がなされており、その判断基準は、画一的判断を容易になしうるものではない。医療行為は、本質的に極めて高度なリスクを伴った営みにほかならず、一定の不可避的リスクが存するのである。

そもそもリスク (risk) とは、「ラテン語の *rescere*, またイタリア語古語の *risicare* に由来し、勇気をもって挑戦する」とする見解⁴⁾がある。この見解によると、リスクという状況は、リスクに対して勇気をもってチャレンジするとき、損失の可能性だけでなく、利益をもたらす可能性も生まれる状況だと把握される。医師が患者の手術に対して勇気をもって挑戦し、患者の病状を回復させれば、治療代として報酬という利益が生じるのである。

ニクラス・ルーマンはリスクという概念を「決定」と関連づけて把握する。ルーマンにとって重要な区別は、リスク/危険という区別である。この区別を用いることによって初めて、リスクに関する社会的分析の可能性が開示されるというのが、ルーマンの考え方である。未来の損害の可能性が、自らで行った「決定」の帰結とみなされ、そのような決定に未来の損害が帰属されるという場合が「リスク」であり、そのような未来の損害の可能性が、自分以外の誰か又は社会システムによって引き起こされるものとみなされ、そのように帰属される場合が「危険」である⁵⁾、とする。

このルーマンの区別は、能動的に、あるいは自分の選択によって関わる場合の危険性と、受動的に、自らの自由意思や選択によらずに関わってしまうざるを得ない危険性との区別と同じである⁶⁾。

このようなルーマンのリスクと危険との区別は、社会の複雑性の増大という事態に相応したものであるといえる。現に結合している諸要素が、それ以外の諸要素との結合諸可能性を多分に有していればいるほど、複雑性が増大している、と表現されることになる。端的に言えば、可能性の増大、といってもいいだろう。それゆえ、複雑に機能分化した現代社会は、このような意味で複雑な社会である。

このようにして、社会がますます複雑になり、現在において考えられる選択肢の数が著しく増大すると、当人が意図しようとして意図していまいと、そうした選択肢の中で何らかの「決定」を下すことがいわば「強制」されてしまう（「選択」の強制）。そうになると、かつては、生活の過程において多かれ少なかれいわば「おのずから」「自然に」生起するものであると考えられていた多くのことが、いまや、誰かあるいは何らかのシステムの決定によって初めて生起するものとして、しばしば事後的に把握されるようになる。日常用語法においても「リスクを引き受ける」、「リスクを顧みず」といった言い方がなされることから明らかとなおり、「リスク」とは単に、予

期されなかった事故が起こったり損害がもたらされたりするという事そのものではなく、未来において生起するかもしれない何らかの損害を現在の時点において見積もることである。ルーマンのリスク論にとっては、「現在」という時点との「関係性」が重要なものとされている。つまり、「リスク」とは本来的に知り得ないはずの「未来」について「現在」の「関係性」の中で描写するという事である。

また、ルーマンの「時間」概念の核心は、「過去と未来の差異」という点にある。これはルーマンの時間把握の中でかねてより一貫している主張である。ルーマンは、機能的に分化した近代社会へと移行するのに伴って「時間」概念もまた変化するという仮定のもとで、かつてなかったほどにわれわれの時代は、過去と未来との連続性が断絶してしまっている、という時代診断を行う。過去と未来との差異が著しく大きくなっているというこの見解は、変化のテンポが速くなりこれまでであったこととこれからあることとの間に著しい差異がみられるようになっていること、それゆえ未来はもはや過去からの類推によっては把握できないということ、を意味している。

2 リスクと現代社会の医療行為

これを現代社会の医療行為に当てはめると、医療行為は、リスクある意思決定者と専らその影響を受ける者との立場に乖離がある。医師は手術によるリスクを専門的立場から医療行為の戦略に組み入れてリスク回避策を立てることができ、リスクに対して勇気をもってチャレンジすることができる。これに対して医療の専門的知識が乏しい患者は、医師の意思決定を専ら受け入れるほかない。つまり、患者は医師の行動選択を受動的に受け入れざるを得ない立場にあるのである。患者は、リスクを自由にコントロールすることができにくい立場にあるのである。特に近年医療技術が目覚ましい進歩を果たしている医療において、過去と未来との連続性が断絶しており、手術経験の少ない患者は、過去から推論して、これから行われる手術のリスクを把握することができないのである。

そのためリスク回避策を立てにくい患者が医師への信頼が揺らぐと医師の行動選択に大きな不安を感じるようになる。そしてこの不安が医療事故によって紛争の背景を形成することになる。例えば医師が患者に医療行為の十分な説明を行うことなく治療を行う場合には、患者の不安はすぐに医師に対する不満、不信感につながり、不満や不信感が容易に蓄積されることになる。さらに医師への否定的な情報の氾濫が患者の不安や不満、不信感を顕在化させ、訴訟まで発展するのである。

今日の医療行為は、高度な医療行為を実施しているが、治療には、基本的にはリスクが付きものであり、リスクを冒すことも治療には、必要であると考えている。他方、患者・家族はそのようなリスクが理解出来ない場合、理解してもあえてリスクを冒さざるを得ない立場という半宿命的立場にあり、リスク操作には、医師と患者の間には大きなギャップがある。このギャップゆえに、患者・家族が医師の治療行為に不安を抱くことは避けられない。手術が成功して、患者が回

復すれば、紛争までの問題は生じないが、医療事故が発生し、後遺症が残れば、医師に対する強度の不満や不信感が増幅し、極めて深刻な紛争へと発展するのである。

医療事故において、医師の過失が認められれば、不法行為ないし診療契約上の義務違反に基づく損害賠償請求によって患者・家族の金銭的損害が回復する余地がある。しかし、医療紛争まで発展した要因は、後遺症などの具体的な侵害もさることながら、医師に対する患者・家族の不満・不信感である。患者・家族の不満や不信感を修復するケアの視点が重要となってくるのである。

このリスク社会の紛争の対処方法としては、医師と患者のリスク操作のギャップに由来し、またはそれに触発されて深刻化するのであるとするならば、このギャップの穴埋め的な調整方法が必要となる⁷⁾。このギャップによって生じる患者のリスクに対する不安が医師に対する不満や不信感に転化され、医師との間での紛争へと発展するのであれば、医師が決定者の不安に対するケアを施し、患者が日常生活上そのような不安と共存できるように支援することも重要である。そのためには、当事者同士がコミュニケーションを通じて情報を共有し、リスクの情報操作のすり合わせを行う必要がある。医療を円滑に行うためには、医師は平素から患者との間で信頼関係を構築していることが重要である。医師が平素から患者との医療リスクに関して意思疎通を十分に図り、患者の意思を事故防止に役立てるとともに、治療にあたって十分なインフォームド・コンセントを行い、治療の進行中にも患者の不安に適宜応えていれば、患者がむやみに医師の診療行為に不満や不信感を抱くことはかなり防止できるはずである。他方、医療事故において、診療によって後遺障害が発生した場合には、患者・家族は多少不満や不信感を募らせる。そのさいには、医療事故、後遺障害の発生時に、第三者機関を利用して中立的な立場から迅速に事実解明を行い、必要であれば患者・家族に謝罪し、結果的には、不安や不満、不信感に正面から向き合って交渉すれば、結果的に、協調的に紛争解決を実現できる場合が多くなるのである。

患者の求める「真相究明」は客観的事実ではなく、それに伴う行為者の感情的次元まで含んだ感覚的観念にはかならない。訴訟は、その不法行為・債務不履行をめぐっての責任を特定するが、「誠実な対応」や「謝罪」といった日常的道德感覚に即した問題は、基本的には、扱われず、あくまでも法的賠償責任のみが確定されるのみであり、感情的コンフリクトを解消するような責任負担は問題とされない。「再発防止」を望む患者・医療者双方にとって、訴訟はその期待に応えるフォーラムではないのである。法は、金銭賠償を原則としている。金銭賠償問題を処理しなくてはならないとしても、それは感情的コンフリクトや様々な主張・要求がほぐされた後に初めてスムーズに扱える問題なのである。しかし、訴訟では、訴え提起の最初の時点から、金銭賠償問題として問題を定義づける、ことを要求している。しばしば、訴訟に訴えた患者側が、「金銭の問題ではない」と発言することは、訴訟の限界を如実に示す逆説的光景でもある。

この点、ルーマンは、リスク/危険という区別を使用することによって、日常的に使用されるリスク/安全の区別では「見えてこないもの」を観察しようとした。それがルーマンのリスク論のねらいである。医療事故訴訟では、損害を金銭で回復させるという裁判で「見えてくる」損害

回復モデルという従来の伝統的司法制度に依拠したシステムから、裁判では見えてこない「誠実な対応」や「謝罪」という行為者の感情的次元にこそ、光をあてて患者を救済することに主眼があるのである。

訴訟に内在的な限界を克服するために、求められるのは、「対決でなく感情への手当を含む対話」「法的責任や金銭賠償を超えた創造的な解決」である。以下場合を分けて検討する。

三 患者の感情までの手当を含む対話方法と新たな解決方法

1 医療訴訟の要因と患者の感情までの手当を含む対話方法

日本国憲法第13条前段の「すべて国民は個人として尊重される」という基本理念に基づいて、患者が人としてもっている尊厳、および人格権としての自分で決める権利が保障されている。医療の現場では、医師は、患者個人を尊重し、自己決定権を尊重しつつ、医療事故を防止するため、医療のプロとして、治療の難しい局面において、瞬時に最適の措置を判断し選択して、的確に実践しなければならない。この最適の措置の選択および実践は、「マニュアル」だけではなく、時間と努力が必要となる。患者は、医師を、知識と技能と理念を身につけたプロとして信頼し、安心して医療行為を依頼する。医師の質の高さと、緊急時はもとより常に安全配慮を尽くしてくれるだろうと期待している。したがって、医師が医療行為の提供において、万が一の事故防止策や事故が発生したときの対応の不十分さがあれば、「患者や家族に対する期待を裏切る」ことになりかねない。

現代社会生活において、人はどこにいても事故に遭うリスクに遭遇する。身体機能の衰えた患者はさらにそのリスクを増大させる。

本来感謝されるべき医師が手術に失敗すると患者やその家族から医療訴訟を受ける立場になる要因を、「患者自身の生育史」「医師の人間性・個性」「期待権の侵害」の3つの要因から多角的に分析することとする。

第一に訴訟要因としては医師が「患者自身の生育史」まで理解していない点にある。本来の治療行為において、患者の自己決定権を尊重しつつも、医療訴訟を防止するためには、普段の治療行為時から患者個人のリスク情報の収集が必要である。患者のリスク情報を収集するためには、患者の治療データの収集だけではなく、患者個人の人生観・歴史観・職業観などの生育史、家族関係、近隣関係や生活技術能力などを分析し、その人に内在する問題とその人を取り巻く環境との関わりにおいて、どこに問題があり、どのように調整したり、支援したりしたらよいのか、実践仮説を明らかにすること⁸⁾が必要である。今までの生活歴を経過して今日があり、毎日毎日のADL(生活活動)は、その生活歴の上に成り立っているからである。ここで大切なことは、患者の身体的要件とADLだけに着目するだけではなく、その患者が社会的にどのような生活を送っているのか、今後送ろうとしているのかという患者の主体性を尊重しつつ、リスク要因を分析す

ることがリスク回避のための有益な情報といえる。患者の主体性を尊重することは、ルーマンの「見えてこないもの」を観察しようとする、医療を越えた人間社会が持つべき基本的な意識が必要である。人間の主体性の多くの部分は感情によって成り立っている。患者の主体を把握するとき、それはその人の感情を把握することでもある。知識やデータはあくまでも、生活者の現実を理解するための基礎的情報にすぎず、それに頼るだけではなく、一人ひとりの生活の主体性、生活者の感情的視点は、それぞれが造り上げた固有の意味の世界である点を踏まえて理解し、受け入れる視点が大切である。

第二に訴訟要因としては患者に対しての「医師の人間性・個性」が問題となっている点である。医師は現場において利用者の生命・身体・健康を保護する義務がある（安全配慮義務）ため、患者の安全について適切な注意と措置を講じる専門家としての立場がある。

患者への医療行為は、医師の誰がやっても同じというわけではない。原理、原則により、過程を踏まえ進めていくのが、医療行為であるが、そこにはどうしても、人間的なもの、個人的なもの、私的なものが入り込むことになる。それは医師が人間であることからくる宿命である。医師の医療行為に対する熱意、温かさ、優しさ、几帳面さ、配慮の深さなど、またその逆も、医師個人のパーソナリティに大きく左右される。それは、医師の個性の問題である。医療の仕事は対人関係が基礎になることを考えれば、個性を押し殺し、平板な優しい人になり切ることに嘘があり、無理があるばかりか、人間味のある対人関係は樹立しないであろう。どのような個性が最善であるかなど判断できるものではないが、少なくとも、医師が自分の価値観、経験、趣向を内面化し、それらを結合し独自の個性をもつことである。そのほうが自然であり、ありのままの素直な人間性がよりよい医療行為をもたらすのである。これをどうつくるかは、医師の創意工夫であり、自らの良心に従い自己の信ずる姿を表すべきであろう。つまり人間は被造物である、だが個性は人間の創造的産物である。医師の個性こそが、現場における医療行為の特徴、固有性、個別性、人間性を生む⁹⁾のである。

医師が利用者の主体性、尊厳、人間性を理解し、患者から受け入れられるかどうかは、患者に対する既存の知識・データが前提となるが、前述のようにそれらを越えた、感性や柔軟性などの、医師の才覚、技量、度量によるところが大きいといえよう。

第三に訴訟要因としては、患者が医師に対しての「期待権の侵害」である。患者の生命は最も大きな保護法益であり、患者にとっては、医療行為を提供してくれる医師は専門職であるから、必ず自分にとって最適な医療行為を提供してくれるはずであるという期待をする。信頼して医療行為を選択し、契約するのである。この専門職に対する利用者の期待を、保護法益として保護される。したがって、この期待に反し本来の医療行為の水準に達しない場合には、期待権の侵害（不法行為）として、損害賠償責任の対象となり得るのである。医師は専門の見地からの医療行為を適切に行い、その選択した方途を実行することが求められ患者に対して説明責任がある。最高裁判所（H12.9.22）判決¹⁰⁾によると、医療契約の過程で、医師が水準にあった期待される医療行為

を履行しなかった。仮に、水準にあった医療行為をしていたならば、その時点では死な ないですんだはずであると高度の可能性が認定された場合、単なる診断ミスによる医療過誤としてではなく、期待権の侵害（期待を裏切った）として、不法行為責任を認められるとしている。

2 法的責任や金銭賠償を超えた新たな解決方法

今日では明確な精神的疾患とまでは分類されない人格的障害を抱え、生活障害に遭遇している市民の潜在的人数の規模は計り知れず、医療行為においても重要な位置づけとして関心が払われなければならない。このような現状の下では、「目に見えない」本人の無意識下に横たわる真意を示唆するものとしてのさまざまなシグナルをより適切にキャッチする知識や技術の習得は、大切な医師の資質となるであろう。医療訴訟を回避するためには患者の「心」のセンサーの感知し、無意識下の意思（真意）を汲み取ること¹¹⁾である。

医師が医療行為に必要な視点は、患者のニーズを充足させ、また、ニーズは単に患者本人によって言語として明確に伝えられたものにとどまらず、意識化されていない本人のニーズを本人の言語の端々や態度など、全身、全体から発せられるシグナルから把握することが大切である。つまり、訴訟対策（紛争化した場合の事後的対応）ではなく、「目に見えない」本人の無意識下に横たわる真意を汲み取り、不信感を増幅させない視点が大切である。

四 法的責任や金銭賠償を超えた新たな医療事故紛争解決システム

患者の個性そのものに焦点をあてると、客観性や科学的根拠が見失われ、医師の主観的判断や勘・経験を重視するという結論に至り、医療行為の効果性や有効性を探求する統一的な理論的なシステムが構築しにくいことへの懸念がある。しかし、医療行為は患者の個性性と集団との関係性を対象とし、患者という個人を中心に据えた実践活動である。その活動のためには、患者という生身の人間が困難な状況に立ち向かい、患者自らが行動様式を選択・決定し、よりよい幸せづくりのために創意工夫する必要がある。またその患者の主体性・自主性を尊重しつつ、補助的機能として医師がどのようにシステムに基づいて対応しなければならないかという現実問題が生じる。

このような現実を軽視して、単に医療行為の理論的な方法としての技術、枠組み、医療行為のシステムだけを論じて、またいかに患者の人間の視点を強調した医療行為を提供しても、それが受動的に得た受け売りの知識だけでは、患者の幸せづくりに貢献でき真の人間にあふれた生活にならないであろう。患者の価値観がさまざまであると同様に支援する医師の資質もさまざまである。したがって、患者と医師との関係性において内在する潜在能力によって形ある幸せづくりを構築していく必要がある。患者と医師との個性を認め合い、両者の創造性、独創性をいかして、両者の幸せを作品として構築することが大切である。もともとある統一的・画一的な設計図を念

頭に医療行為を提供することも必要であるが、患者と医師それぞれの性格や特徴をいかして共同作業によって特有のスタイルを造りだし、新たな幸せづくりを生み出すことが必要である。例えば、アリの巣や蜂の巣はもともと設計図がなく、互いの信頼関係に基づいて、共同作業により住み処を構築し生活をしているのである。

医師から患者に対して「～しなさい」「～してはいけない」ということを、一方的価値観を押し付けると患者は反発や拒絶反応を起こす。このことは患者の主体性の尊重が侵害されているからである。患者のみならず、本来主体性を尊重することは、社会生活においてもつべき基本的な人権思想である。主体性の多くの部分はその人が必要としていること、求めていることによって成り立っている。医師が患者の主体性を把握するとき、それはその人の「必要としていることと求めていること（必要と求め）」を把握することでもある。一般的な知識やデータだけでは患者のすべての主体性を理解することはできない。知識やデータはあくまでも、患者の過去の状況を理解するための基礎的情報にすぎない。患者一人ひとりの生活の主体性、生活者の「必要と求め」の視点は、患者それぞれがつくり上げた固有の意味の世界である。それを把握・理解し、受け入れることは受容の世界でもある。医師が患者の主体性、尊厳、人間性を理解し、受容できるかどうかは、医師の知識や価値観や生活信条が前提となるが、それ以上に、医師の感性や柔軟性などの、医師の技量によるところが大きい。つまり、医療行為は医師と患者自身の知性、価値、経験、感性などの融合による独創性、固有性から生まれる面もあることは否定できない。

医療行為は患者と医師との相互作用によって創り出すもので、両者のもつ価値観、感性、技術を駆使した洗練された行動による創造的行為ともいえる。つまり、その人間性を通して、創られたものや表現される主体的行為のことといえよう。

これを患者のこれまでの経験、思考などによって培われた緻密性、感性を通して、患者に内在する価値を具体化する創造的産物が含まれているのである。

この創造的な行為には、医療行為における実践に有意義な示唆を与える多くの要素を含んでいるのである。以下、今後求められる医療の資質について論じる。

1 対人関係について

医療行為は基本的には医師と患者との対人関係を基軸にして、患者の環境との相互関係に関わり、医師が病院という環境の中の患者との対人関係を用いて環境の改善を追求していく過程と見なすことができる。しかしながら、患者が病院という物理的環境と対峙するときには、主観的な人間性はあまり必要とされず、客観的な方法、対策、過程、結果などの形式や有効性が中心となる。しかし、対人関係は方法、対策、システム、結果も重要であるが、医療費用と交換される医療行為の内容や質が問題なのである。客観的には整然とした医療行為の方法や過程が用いられたとしても、形式的で充たされても、対人関係に必要な温かさのある相互交流は生まれない。対人関係は多様な価値観、信念、情緒との複雑な相互作用が必要となるからである。現場における医療行

為の現実、定式化した方法や技術だけで、進歩的展開が期待できるほど容易なものではない。一人ひとりの人間がすべて違うように、そこに生まれる対人関係も日々進化する、一つとして同じものはないはずである。したがって、医師の感性や思考や経験を基にした洞察的予測などによって、より効果的な方途や技術の組み合わせや発案を行なうという裁量が求められる。それは、知識・データには記されていない、医師や患者の独創的な援助や対処に関する対人関係が求められているといえる。医療行為の知識・データの視点は、もちろん重要であるが、それを基礎にした患者と医師のそれぞれの固有の独創性が尊重されなければならないのである。

2 システムについて

患者と医師との関係において生まれる医療行為は多様な要素からでき上がっている全体であり、環境との相互作用によって営まれるものである。医療行為を統合的全体として捉える傾向にあるが、実際に起こる現実、人と人との出会いであり、全体的把握の理念は知りつつも、人のある要素や側面によって、人間の評価や判断は大きく影響される。医師において、粗野な態度や言葉で接してくる患者に対して、医師は冷静かつ公正にこの患者の全体像を把握することが可能であろうか。ここで求められるのが、医師の技量である。患者の生活状況を冷静に把握しながら、また患者の現状認識や問題認識の方法を、医師の独自の視点で理解・解釈することによって、偏りのない一貫性をもった患者のニーズを把握することが可能になる。患者の生活はある種のストーリー（物語）¹²⁾であり、その患者のストーリーの解釈と理解を把握するためには、医師の情感や感性が必要である。既存の知識・データという論理的枠組みや知的合理性を基礎に、このような情感や感性という技量によって、患者の幸せを真に理解しようと思われるのである。

3 価値観、知識、技術、方法、環境などの統合体としての医療行為

医療行為の中核をなす要素は、患者と医師の価値観、知識、技術、方法、環境などであるが、それらは個別に、階層的に組み合わせられているわけではなく、それらは、いわば渾然一体となった統合体となっている。しかし、この統合体は、常に均一で混合するのではなく、医療行為の内容によってはある種のものが強調されたり、あるものはあまり重視されないことがある。この強弱の複雑な混合によって、医療行為の内容はその姿を少しずつ変える。例えば、医師が患者に語りかけるといった人間性を強調する医療行為など多様である。このように、医療行為に多種のアプローチ方法があるが、医師が医療行為のどの要素に強弱をいれているかで、医療行為の質が変化しているのである。

4 洞察と創造性

医療行為には洞察と創造性が必要である。患者の問題状況、出来事などに対して医師がもっている知識、情報を基礎に洞察をくわえ、患者の必要と求めをキャッチする分析思考能力が必要で

ある。このような分析思考能力には、医師の洞察力にかかっている。患者の些細な言動一つひとつをつなぎあわせ、一つの文脈の中で分析的に理解するためには、創造や推量を喚起する深い洞察力が求められる。患者の行動の背景に流れる根拠を考察し、思慮を深める必要がある。そのためには患者の情報、知識、データを分析・評価し、そこから想像力を駆使する洞察力が必要である。

また、医療行為には、創造性も必要である。既存の知識・データを患者への医療行為にそのまま反映させることは、医師の思考力、独自性を困難にする。患者の価値観は常に変容している可能性が高いため、より新しい、効果的な医療行為の方法や技術を追求し、自ら積極的に固有の医療行為目標を設定する創造性が必要である。たとえ、失敗しても創造的行動の積み重ねによって医療行為の自己調整、自己改善、チャレンジ精神が生まれ、結果的にはよりよい医療行為につながるのである。

5 交渉について

医師は患者のニーズに見合うサービスの提供を求めて、他の関係機関と話し合いをもちながら患者のニーズを充たすサービスの供給が行われるように交渉しなければならないことがある。医師が患者の要求を主張し獲得するには、組織の要求や提案を拒否する形態がある。医師は相手方に対して患者の現状におけるデータや事実を示し証明することによって、理解させ説得へと導き、また、相手方の矛盾や問題点を指摘することにより、改善、改良を要求し、結果として患者のニーズが充足される状態を作り出していくことが必要である。ただし、交渉の場合は相手の立場を理解し、妥協や譲歩を必要とすることもあるため、交渉を行う医師の能力、機転、判断が大きな役割を果たす。

6 観察について

医師が対象にするのは、患者と環境と両者の相互関係の主に三つの分野である。患者の現状を言葉だけではなく、視覚的に見極めることによって、患者の言葉には表されなかった部分を認識し、真実の姿や、環境との関連によって問題を把握することである。対人関係は対人技法で多くの側面が把握できるが、環境は観察しないと理解できないことが多い。例えば、入院環境を観察するとき、陽当たり、騒音、プライバシーの守れる部屋、スペース、バリアフリー化の程度など観察して初めて問題点が理解されることがある。特に、人と環境の相互作用や適合性を中心に、環境の質を観察する必要がある。この観察によって少なくとも改善の方向性や問題に関連する環境との相互関係を明らかにできる。この技法には医師独自の注意力、理解、解釈の能力が必要である。

以上、医療行為は、患者を生き生きとした活性のある生活と、保有する残存能力を最大化することによる自己実現であるが、これは患者本人が創り出すものである。そして、医師が知識やデー

タに基づいて技術、環境を駆使した方法をもって、患者の感性を支えることが必要である。真の医療サービスは医師自身の取り組む姿勢にかかっている。このような医師の技量、感性、情熱、努力などの「見えてこない」日常的道德感覚な対応こそが患者の感情的コンフリクトが解消し、今後の医療事故紛争解決システムとしての質の高低を定めるものといえよう。

注・引用文献

- 1) 判例時報1620号 104-111頁
- 2) 和田仁孝(2001)「法廷における法言説と日常的言説の交錯—医療過誤をめぐる言説の構造とアレゴリー—」棚瀬孝雄編著『法の言説分析』ミネルヴァ書房 59頁
- 3) 1997年6月13日関西地区放映 毎日放送「映像90 本人訴訟」
- 4) 吉川吉衛(2007)『企業リスクマネジメント』中央経済社 2頁
- 5) 小松丈晃(2003)『リスク論のルーマン』勁草書房 1-4頁

小松によると、建物が地震に弱い作りになっていることを知っていて引越すこともできたのにあえてそこにとどまり、ありうべき損害が自分の決定に帰属できる(自己帰属)なら、それは「リスク」である。他方、建物の倒壊によって被るさまざまな損害を、地震が起こったという「自然」の出来事に帰する(外部帰属)のなら、未来における建物の倒壊の可能性は、「危険」である。

Luhmann, Niklas. (1991) *Soziologie des Risikos*, Walter de Gruyter.

アンソニー・ギデンスは、今日の社会においては、行為を行わないことこそがリスクに満ちている場合が多いのではないかと異論を唱えた(Giddens 1990: 32=1993: 48)。また、ベックは、原発事故のような大規模な事故のリスクや生態系破壊のリスクなどの現代的リスクは個人補償の可能性を超えており、このようなリスクを、直接に知覚することができない「非知」という概念によって、不可避免的に、半ば「宿命的」に関わってしまうざるを得ないものと捉えている。

- 6) 小松丈晃・前掲5) 32-33頁 小松によると、たとえ自分の選択によって関わることになった危険性だとしても、それを(戦略的に)「危険」として構成する(外部帰属する)ことは十分可能である。例えば古い家屋が建ち並ぶ歩道を、屋根瓦が落ちてくる可能性を十分知りつつも、あえてジョギングをする場合である。このとき、別の歩道を選択すれば怪我はしえないと思いつつも(その意味で怪我が自分自身の選択に帰属され得ることを十分認識しつつも)、その怪我の可能性を、当該家屋の家主による屋根瓦の管理不行届きに帰属させ、「危険」として観察することは十分あり得る。あるいは逆に、自分としては突然の「不運」(「危険」)のつもりであっても、その後のコミュニケーション過程の中で、社会的に「それはあなたの選択のせいである」というかたちで「リスク」として構成されるなどという事態も半ば日常茶飯事である。したがって、リスク/危険の区別は、単に能動的か/受動的かということではなく、(社会的な)観察の様式の相違である、とする。

- 7) 福井康太(2008)「リスク志向社会の紛争とコンフリクト・マネジメント」日本法社会学会編『法社会学第69号 リスクと法』有斐閣 45頁

福井教授はケアのコンフリクト・マネジメントは多様であり、「被影響者」と「決定者」の利害調整、「被影響者」の求める情報開示ないし事実解明、そして不信感形成の原因が「決定者」にあるような場合には謝罪も含め、「中立的第三者」による調停的仲介が重要な役割を果たすとする。

- 8) 大橋謙策(2005)「わが国におけるソーシャルワークの理論化を求めて」『ソーシャルワーク研究 vol.31』相川書房 16頁
- 9) 秋山薊二(2002)「アートとしての援助技法」太田義弘・秋山薊二編著『ジェネラル・ソーシャ

ルワーク』光正館 144 頁

- 10) 社会法人 シルバーサービス振興会 (2005) 「事故防止・事故対応の手引」 27 頁
- 11) 志田民吉 (2006) 『臨床に必要な人権と権利擁護』弘文堂 31 頁
- 12) 拙稿 (2011) 『要保護的法主体像の理論構築』南窓社 51 頁

利害の対立や価値の対立のように、単純な「語り」対「語り」の対立構図だけではなく、相手方の語りは、自身の語りを構成するひとつの要素として自己の語りの中に取り込まれているからである。そして、その取り込んだ相手方の語りの中には、また自身の語りが固有の解釈の仕方に取り込まれている。そこには、相互に相手の、あるいは別の関与他者の語りを、解釈を通じて包含した、複雑な語りの錯綜が見られるのである。

語りは、他者の語りを関係性という要素として含みつつ構成されるという構造をもつ。語りは、話し手が自由にストーリーを作り上げることのできるいわゆる文学の領域に属するものと考えられてきたのに対して、現代の語りは、歴史的な記述や社会科学、精神分析的な現場など、広汎な人間的な営みという関係性の中で、物語を発見していくものである。

紛争とは、相互の語りの不安定化した状況であり、包含された他者（相手方）のそれとの齟齬が存在している状況である。そして、不安定化した語りを安定化させていこうとする営みが紛争行動であり、紛争解決行動である。つまり、紛争を通じて、当事者が語り合うことにより、互いの矛盾や不安定要素が明らかになり、真相究明、謝罪、同種事故の再発防止につながるのである。また、事案によっては紛争の「場」は、事実を認定して金銭賠償を追い求める「場」ではなく、当事者の秘めている「物語」を表出し、不安定化した状況を安定化する「場」であるように思える。